

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



Adolescence et maternité étude préliminaire

Louise Picard et Gisèle Bourgoïn

Volume 3, numéro 2, automne 1997

Visibles et Partenaires : Pratiques et recherches féministes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/026188ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/026188ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (imprimé)

1712-8498 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Picard, L. & Bourgoïn, G. (1997). Adolescence et maternité : étude préliminaire. *Reflets*, 3(2), 269–277. <https://doi.org/10.7202/026188ar>

Tous droits réservés © Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, 1997

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

é
rud
it

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Adolescence et maternité : étude préliminaire

Louise Picard, infirmière spécialisée en santé communautaire, Service de santé publique de Sudbury et du district

Gisèle Bourgoin, infirmière en santé communautaire, Service de santé publique de Sudbury et du district¹

Introduction

La visibilité des femmes de l'Ontario français passe par la mise en lumière de toutes les problématiques qui les concernent. Parmi elles, le pourcentage élevé de naissances à faible poids est une préoccupation importante des partenaires des domaines de la santé et des services sociaux et ses effets sont bien documentés. Il est reconnu que les adolescentes présentent un risque plus élevé de donner naissance à des bébés à faible poids (Jacono *et al.* 1992). De plus, ces naissances sont liées à un pourcentage plus élevé de mortalité et de morbidité infantile et entraînent des coûts socio-économiques importants, sans compter leur impact sur la famille².

Afin de mieux comprendre les croyances et les comportements des adolescentes et de faire le lien avec le poids et la santé de leur nouveau-né, nous avons entrepris une étude auprès des adolescentes enceintes du district de Sudbury, de Manitoulin et d'Algoma. Dans cet article, nous décrirons brièvement en quoi consiste le projet, nous expliquerons quelques-uns des défis qu'il nous a fallu surmonter, nous présenterons certaines données préliminaires, puis nous discuterons de la pertinence du projet.

Pourquoi entreprendre cette étude?

Le Comité de santé et de reproduction de la communauté de Sudbury se préoccupe du nombre élevé de grossesses chez les adolescentes et des risques pour leur nouveau-né. Dans nos districts, le pourcentage de naissance chez les adolescentes est plus élevé que celui de la moyenne provinciale, laquelle est de 6 %³ (Tableau 1).

Tableau 1 — Moyenne en pourcentage de grossesses chez les adolescentes

Moyenne provinciale de l'Ontario	6 %
Région de Sudbury	8 %
District de Sudbury	10 %
District de Manitoulin	17 %

Le pourcentage de naissances à faible poids, même s'il inclut les mères de tous les âges, est aussi plus élevé dans ces communautés. Présentement, en Ontario, ce pourcentage est de 5,5 % et l'objectif de la province est de le réduire à 4 % pour l'an 2 000 (Tableau 2).

Tableau 2 — Pourcentage de nouveau-nés à faible poids pour les mères de tous les âges

Province de l'Ontario	5,5 %
District de Sudbury	6,1 %
District de Manitoulin	6,0 %

Finalement, dans la population adolescente de Sudbury, le pourcentage de naissance à faible poids s'élève à 9,5 %⁴ alors que dans la région d'Algoma, il est de 7 %⁵. Comment pouvons-nous expliquer ces différences régionales? C'est ce que tente, entre autres, de faire l'étude.

Facteurs qui contribuent aux naissances à faible poids

Plusieurs comportements contribuent aux naissances à faible poids. On retrouve, entre autres, le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, l'usage de drogues ou d'alcool et le manque d'accès aux soins prénataux. La pauvreté et le manque de soutien social sont aussi des déterminants du poids de l'enfant à sa naissance. Certaines études démontrent qu'il est plus probable qu'une adolescente du Nord-est de l'Ontario fume, qu'elle mange plus de gras, qu'elle abuse de drogues ou d'alcool, qu'elle soit pauvre et qu'elle éprouve plus de difficultés à accéder aux soins prénataux⁶.

Compte tenu de ces données inquiétantes, l'équipe de recherche a obtenu une subvention de Santé Canada en avril 1996, afin d'effectuer une recherche d'une durée de deux ans et demi sur cette problématique. L'équipe de recherche est interdisciplinaire et est formée de chercheurs des milieux pratique et académique ainsi que de représentants des soins communautaires et hospitaliers. Avant d'aborder la description de l'étude, nous discutons des défis que pose la réalisation d'une telle recherche. Il va sans dire que ces défis ne peuvent être relevés sans la collaboration de tous les partenaires impliqués dans la recherche.

Défis du projet

Un des objectifs de la recherche était de recruter environ 50 % du nombre total des adolescentes enceintes du territoire visé. Par conséquent, le processus de recrutement présente des défis impressionnants. D'abord, le Nord de l'Ontario s'étend sur près de 101 000 km² alors que seulement 3,23 % de la population ontarienne y vit. Le territoire est tellement vaste que deux ou trois heures de déplacement sont parfois nécessaires pour rencontrer une candidate ou pour permettre aux responsables de la recherche de se rencontrer. En effet, une adjointe de recherche

est située à Sudbury alors que l'autre est à Sault Ste-Marie. Ces circonstances imposent donc des modifications au processus de recherche. Par exemple, les chercheuses sont appelées à utiliser davantage le téléphone, le courrier électronique et la téléconférence que les rencontres en face à face pour assurer le suivi des diverses étapes de recherche. De plus, chez une population adolescente, les déménagements sont fréquents et le contact avec le groupe-cible pendant plusieurs mois n'est pas toujours facile à maintenir. Le stress et les considérations liés à une grossesse, laquelle est souvent imprévue, l'emportent davantage sur une participation à un projet de recherche qui n'est pas perçu comme prioritaire. Malgré ces conditions et un an après le début de l'étude, le nombre de participantes se situe à près de 200. Ce nombre est encourageant compte tenu que le recrutement a été influencé, durant la dernière année, par des tensions politiques importantes entre la communauté médicale et le gouvernement provincial. Il est aussi intéressant de noter qu'après le premier contact, la majorité des adolescentes se disent intéressées à poursuivre leur participation à la recherche.

Le recrutement se fait d'abord par des stratégies traditionnelles: sessions d'information auprès des médecins, sages-femmes, écoles, cliniques spécialisées et diverses agences de santé et de service sociaux. Parallèlement, nous avons adopté des approches innovatrices telles que l'utilisation de panneaux réclames sur les autobus ou d'affiches dans les abris d'autobus, d'annonces dans les journaux ou les bulletins scolaires, de dépliants publicitaires joints aux chèques des assistés sociaux. La promotion est faite à la fois en français et en anglais et nous avons déployé un effort particulier pour rejoindre la population amérindienne. Une somme d'argent symbolique est versée aux participantes à titre de compensation financière pour le temps qu'elles nous accordent. De plus, en raison de la durée de l'étude (deux ans et demi) et du roulement du personnel au sein des agences, il est nécessaire de promouvoir l'étude à plusieurs reprises auprès des partenaires et des agences.

Le succès du travail en équipe interdisciplinaire n'est pas donné d'avance. Le mariage entre les chercheurs académiques et les

intervenantes des milieux hospitaliers et communautaires comporte certains défis, surtout lorsqu'ils ou elles se trouvent dans des sites éloignés. Le roulement du personnel au sein de l'équipe ajoute une difficulté supplémentaire. Toutefois, la communication ouverte et franche, assurée principalement au moyen de téléconférences régulières, et la bonne entente au sein de l'équipe en ce qui a trait aux questions parfois épineuses des finances, des droits d'auteurs ou du partage équitable des tâches ont su contribué à ce jour au succès du projet.

Description de l'étude

Les buts de l'étude sur les croyances et les comportements en matière de santé chez les jeunes adolescentes enceintes sont les suivants.

- Déterminer si les croyances influencent les comportements en matière de santé et les naissances chez les adolescentes enceintes.
- Déterminer l'influence des caractéristiques socioculturelles, économiques et physiques sur les comportements et les naissances.
- Déterminer l'existence de variations régionales dans les croyances, les comportements en matière de santé et les naissances chez les adolescentes enceintes et identifier, s'il y a lieu, les facteurs reliés à ces variations.

L'étude vise les adolescentes enceintes âgées de 13 à 19 ans, résidentes des districts de Sudbury, de Manitoulin et d'Algoma, qui planifient continuer leur grossesse et qui peuvent communiquer en français ou en anglais.

L'échantillon visé est de 400 à 600 participantes dont environ 150 seront francophones. Les adolescentes enceintes doivent participer à deux entrevues pendant leur grossesse. La première a lieu dès qu'elles sont référées, alors que la deuxième a lieu de six à huit semaines avant l'accouchement. Il y a aussi une revue du dossier médical après l'accouchement.

Les entrevues sont structurées et administrées par questionnaire⁷. Chaque questionnaire comprend deux parties. La première est complétée par l'adjointe de recherche et permet de recueillir des données sociodémographiques et des informations sur le soutien social, des renseignements sur la grossesse, les conditions de travail de l'adolescente et quelques renseignements au sujet du père. La deuxième partie du questionnaire est auto-administrée. Elle explore les comportements et les croyances de l'adolescente pendant sa grossesse.

Variables à l'étude

Les variables importantes — naissance à faible poids, comportements et croyances — prises en considération dans le cadre de l'étude se définissent de la façon suivante:

- **Naissance à faible poids:** il s'agit de toute naissance d'un nouveau-né qui pèse moins de 2 500 grammes. L'insuffisance de poids inclut deux composantes: la prématurité (moins de 37 semaines) et le retard de croissance intra-utérine alors que le bébé est trop petit pour son âge.
- **Comportements:** il s'agit de comportements tels les habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation d'alcool, la consommation de drogues et l'accès aux soins prénataux (médecin ou sage-femme).
- **Croyances:** il s'agit de l'ensemble des croyances ayant trait aux comportements adoptés par les répondantes en matière de santé et qui peuvent affecter le nouveau-né. Les facteurs analysés par l'échelle de croyances sont la prédisposition envers un ou plusieurs comportements nocifs, l'évaluation de la gravité de certains comportements ou de leurs bénéfices et, finalement, les empêchements qui nuisent à l'adoption de comportements sains.

Profil préliminaire des adolescentes enceintes

Ce premier profil des adolescentes enceintes des trois districts à l'étude est préliminaire car il ne rend compte que des données recueillies auprès de 163 participantes. Trente pour cent (30 %) des mères adolescentes de Sudbury sont francophones, ce qui représente 22 % de l'ensemble de l'échantillon de l'étude et 10 % sont d'origine autochtone. Leur âge varie de 14 à 19 ans, la moyenne étant de 17 ans. Pour le quart des participantes (25 %), cette grossesse n'est pas leur première. Quant à leur emploi du temps, 47 % des répondantes sont étudiantes à plein temps, 25 % ne vont plus à l'école et 28 % étudient soit à temps partiel ou par correspondance. Chez 60 % des participantes, le revenu familial est inférieur à 20 000 \$ par année.

Le profil préliminaire de leurs comportements offre un aperçu intéressant:

- 85 % ont vu leur médecin ou une sage-femme au cours des 12 premières semaines de leur grossesse;
- 7 % consomment présentement de l'alcool tandis que 55,5 % ont cessé de le faire en raison de leur grossesse. Ces résultats pourraient suggérer que presque 63 % buvaient au tout début de leur grossesse;
- 5,5 % utilisent présentement de la drogue et 25 % ont cessé à cause de leur grossesse;
- 56 % fument présentement et 22 % ont cessé dû à la grossesse. Même en tenant compte du fait que le taux de tabagisme est plus élevé dans le Nord-est de l'Ontario, ces données préliminaires suggèrent un taux assez alarmant car 78 % des adolescentes fumaient lorsqu'elles sont devenues enceintes.

Conclusion

Nous possédons maintenant quelques connaissances préliminaires

sur les comportements des adolescentes enceintes. Les résultats à venir permettront de mieux comprendre ce que les adolescentes perçoivent comme étant des habitudes saines de vie et les facteurs qui entrent en jeu pour déterminer certains comportements.

L'étude n'est qu'à mi-chemin; elle sera complétée en août 1998. Les données préliminaires présentées ici permettent toutefois d'avoir un aperçu des résultats possibles et de l'utilité de lier les comportements aux croyances et à la santé des nouveau-nés. Les résultats finals serviront à guider les interventions éducatives et à mieux comprendre certains facteurs environnementaux qui entrent en jeu tels l'accès aux soins prénataux ou l'image de soi. Une comparaison des différences entre les villes de Sudbury et de Sault Ste-Marie ainsi que les différences entre les adolescentes francophones et anglophones nous permettront d'approfondir nos connaissances des divers facteurs en jeu dans cette problématique si importante dans nos communautés. C'est une étude à suivre...

Bibliographie

- ALGOMA BEST START COALITION (1992). *Best Start Program*, Sault Ste-Marie, Algoma Best Start Coalition.
- JACONO, J., B. JACONO, S. VANOOSTEN et L. MEININGER (1992). «Teenage Pregnancy: A Reconsideration», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 44, 191-199.
- MANITOULIN AND SUDBURY DISTRICT HEALTH COUNCIL (1997). *Toward a Healthier Community: A Health Promotion Plan for the Regional Municipality of Sudbury*, Sudbury, Manitoulin and Sudbury District Health Council.
- TIEDJE, L.B., M.J. KINGRY et J. STROMMEL (1992). «Patient Attitudes Concerning Health Behaviours during Pregnancy: Initial Development of a Questionnaire», *Health Education Quarterly*, vol. 19, no 4, 481-493.
- INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (1994). *Low birth weight and prematurity prevention: Developing the Action Plan*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.
- SUDBURY AND DISTRICT HEALTH UNIT (1992). *Health Status Report 1992*, Sudbury, Sudbury and District Health Unit.

Notes

1. Les auteures remercient sincèrement tous les autres membres de l'équipe de recherche pour leur contribution et dévouement au projet: John Jacono, Brenda Jacono et Roget

Pitblado de l'Université Laurentienne, Christine Vaillancourt, Vic Sahai, Cheryl Dovigi et Alissa Palangio du Service de santé publique de Sudbury, Debbie Shubat et Carol Woods du Service de santé publique d'Algoma, Sonya Peczeniuk de l'Hôpital général de Sudbury et Marsha Kissick de l'Hôpital général de Sault Ste-Marie. Nous avons aussi apprécié le soutien financier du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (Santé Canada).

2. Voir à ce sujet, Institut canadien de la santé infantile (1994).
3. Voir à ce sujet, le rapport du Sudbury and District Health Unit (1992).
4. Ibid, p.3.
5. Voir à ce sujet, le rapport du Algoma Best Start Coalition (1992).
6. Voir à ce sujet le document du Manitoulin and Sudbury District Health Council (1997).
7. Le questionnaire est basé sur le modèle développé par Tiedje, Kingry et Strommel (1992) qui s'institule *Belief in Pregnancy Questionnaire*.